

## La sindrome dell'ovaio policistico: identificazione dei fattori di rischio nell'infanzia e diagnosi nell'adolescenza

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS, *PolyCystic Ovary Syndrome*) diventa sintomatica durante l'adolescenza e colpisce circa il 5% delle donne in età fertile. Questa sindrome si accompagna a un iperandrogenismo cronico e a una oligo-anovulazione. La fisiopatologia della PCOS è complessa, associando fattori genetici, congeniti e acquisiti, ciò che giustifica la ricerca di fattori di rischio di questa condizione già nell'infanzia.

Obiettivo di questa rassegna della letteratura sull'argomento è stato quello di identificare gli elementi presenti nell'infanzia o nell'adolescenza che devono far temere la comparsa di una PCOS nell'età adulta.

Numerosi fattori di rischio prepuberali di sviluppo di una PCOS nell'età adulta sono stati identificati:

- L'adrenarca precoce: la "pubertà surrenalica" è caratterizzata dall'aumento della produzione di androgeni da parte delle ghiandole surrenali, che normalmente ha inizio all'età di 6 anni. Un adrenarca precoce e soprattutto esagerato, con elevazione dei livelli di DHEAS e di DHEA senza aumento degli altri androgeni, rappresenta un fattore di rischio di PCOS.

- Un peso alla nascita basso per l'età gestazionale è associato al rischio di adrenarca precoce e di insulino-resistenza, che spiegano il legame con la PCOS.

- Certe forme atipiche, ma non quelle idiopatiche classiche, di pubertà precoce centrale si accompagnano al rischio di PCOS.

- Un'obesità grave e persistente associata a marcata insulinoresistenza, quale testimoniata da una *acanthosis nigricans* associata talora a *pseudo-Cushing* o a pseudogigantismo, costituisce anch'essa un fattore di rischio di PCOS. I ruoli dell'obesità comune e della sindrome metabolica prepuberali devono essere ancora chiariti.

La diagnosi di PCOS nell'adolescenza è resa difficile dall'esistenza di una anovulazione fisiologica che riguarda in media un ciclo su due nei 2 anni che seguono il menarca. Anche la pubertà si accompagna a un'insulinoresistenza fisiologica. Infine, la prevalenza delle cisti ovariche multiple in questa fascia di età è del 10%. Nello studio delle adolescenti che hanno delle ovaie policistiche senza altri sintomi si riscontrano una PCOS infraclinica nell'8% dei casi e una risposta eccessiva del 17-progesterone alla stimolazione con LHRL senza iperandrogenismo nel 42%. La prognosi di queste anomalie è tuttora poco nota.

La PCOS è una patologia complessa, la cui fisiopa-

tologia è conosciuta solo in parte. I dati attuali permettono tuttavia di identificare alcune delle bambine a rischio di svilupparla in età adulta. Il trattamento precoce di questa sindrome nelle adolescenti permetterà di evitare la comparsa delle complicanze a lungo termine.

(Rosenfield RL. *Clinical review: identifying children at risk for polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92:787-96)

## Nell'incontinenza urinaria femminile la fionda è più efficace della sospensione

Esistono numerose tecniche chirurgiche di trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) della donna, ma disponiamo soltanto di pochi studi clinici di qualità per giudicarne l'efficacia. Con grande interesse è stata pertanto accolta la pubblicazione delle conclusioni della *Urinary Incontinence Treatment Network*.

Si trattava di confrontare, dopo randomizzazione, i risultati della tecnica di colposospensione di Burch, applicata a 329 pazienti, con quelli della procedura della fionda sottouretrale mediante benderella autologa di fascia lata, utilizzata in 326 donne. I due metodi sono accreditati di un tasso di guarigioni a 5 anni superiore al 70%.

A 24 mesi, nell'analisi secondo il principio dell'intenzione al trattamento, il tasso di guarigioni (assenza di ogni sintomo urinario) e la scomparsa della IUS si sono rivelate, nelle 520 pazienti che avevano completato la valutazione (delle 655 inizialmente incluse), significativamente più elevate con la tecnica della fionda che con quella di Burch [47% *vs* 38% ( $P = 0,001$ ) e 66% *vs* 49% ( $P < 0,001$ ), rispettivamente]. Al contrario, nel primo gruppo erano più frequenti gli effetti secondari, e in particolare le infezioni urinarie (63% *vs* 47%;  $P < 0,001$ ), con una incidenza di eventi avversi seri comparabile (13% *vs* 10%;  $P = 0,20$ ).

A medio termine, il trattamento chirurgico dell'IUS con la fionda sottouretrale autologo di fascia lata apporta alle pazienti un maggior beneficio terapeutico, peraltro al prezzo di un aumento degli effetti secondari temporanei, rispetto alla tecnica di Burch. Beninteso, in queste donne relativamente giovani (età mediana, 52 anni) piacerebbe poter disporre di dati di efficacia a più lungo termine. Infine, sarebbe assai interessante disporre di dati comparativi con nuove tecniche di fionde posizionate in cieco senza sutura, come la benderella vaginale a tensione libera (TVT, *Tension-*

*free Vaginal Tape*) o la TOT (*TransObturator Tape*).

(Albo ME, Richter HE, Brubaker L, et al; *Urinary Incontinence Treatment Network. Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence. N Engl J Med.* 2007;356:2143-55).

---

## **I prematuri non sono più allergici degli altri bambini!**

---

L'epidemiologia dell'allergia alimentare è meglio conosciuta da qualche anno, ma per quanto riguarda i fattori di rischio persistono incertezze. Studi sull'influenza dei fattori ambientali e degli eventi patologici perinatali vengono pubblicati regolarmente. Rispetto ai bambini nati a termine con un peso alla nascita normale, quelli prematuri e con basso peso hanno una permeabilità intestinale aumentata, che potrebbe favorire la sensibilizzazione alimentare. Hanno essi per questo un rischio aumentato di allergia alimentare?

Per valutare questo rischio sono stati utilizzati i dati del *Manitoba Health Services Insurance Plan* (MH-SIP) canadese relativi alla coorte di nascita 1995. La

scheda di ogni bambino ha permesso di precisare il suo percorso di cure. Le diagnosi di allergia alimentare formulate in ospedale o al domicilio, come pure le prescrizioni di adrenalina iniettabile (esclusa una diagnosi isolata di allergia a veleni), sono state così raccolte fino al 2000.

Tra i 13.980 bambini nati nel 1995 e tuttora in vita, 592 (4,23%) presentavano un'allergia alimentare. L'adrenalina era stata prescritta in 316 casi (2,26%). Non è stato possibile evidenziare alcuna influenza dell'età o del peso alla nascita sul sopravvenire di un'allergia alimentare.

L'immatunità del tratto gastrointestinale o della risposta immunitaria non interviene dunque nello sviluppo dell'allergia alimentare. La prematurità o il basso peso alla nascita non costituiscono un fattore di rischio nel bambino. Una esposizione precoce agli allergeni alimentari potrebbe forse perfino indurre un fenomeno di tolleranza immunitaria a tali allergeni e avere un effetto protettivo su questi bambini prematuri.

(Liem J, Kozyrskyj AL, Huq SI, Becker AB. *The risk of developing food allergy in premature or low-birth-weight children. J Allergy Clin Immunol.* 2007;119:1203-9).